

第2期
愛南町保健事業実施計画(データヘルス計画)
中間評価

令和3年3月
愛南町 国民健康保険

目次

第1章 「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」の概要

1. 計画推進の経過
2. 計画の基本的な考え方
3. 愛南町の健康課題
 - ・全国からみた愛媛県の位置
 - ・愛媛県からみた愛南町の位置

第2章 中間評価にあたって

1. 中間評価の方法
2. 中間評価の総括

第3章 中間評価の結果

1. 中長期目標、短期目標(アウトカム、アウトプット)の進捗状況
「データヘルス計画の目標管理一覧」
2. ストラクチャー、プロセス評価
「全体評価表」
3. 主な個別事業の評価と課題
 - (1)未受診者対策
 - (2)重症化予防の取組み(糖尿病・高血圧)
 - (3)ポピュレーションアプローチ

第4章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題

1. 目標値に対する進捗状況
2. 特定健診の実施
3. 特定保健指導の実施

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1. 保険者努力支援制度の評価指標における検討
2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について
(健診、医療、介護データの一体的な分析)

第1章 「第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」の概要

1. 計画推進の経過

平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において保険者は、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とし、データ分析に基づく「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を行うことが求められたことから、「愛南町第1期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を平成27年度に策定した。

また、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)に基づき、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、平成29年度に「愛南町第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を特定健康診査実施計画と一体的に策定した。

第2期の計画期間は平成30年度から35年度(令和5年度)までの6年間とし、3年目にあたる令和2年度は中間評価を実施する。

2. 計画の基本的な考え方

第2期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

なお、計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえ、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。厚生労働省による「データヘルス計画作成の手引き」に示されているように、予防対象疾患を「中長期目標」と「短期的目標」として整理し、健康寿命の延伸、健康格差の縮小という大目標を実現するための計画となっている。

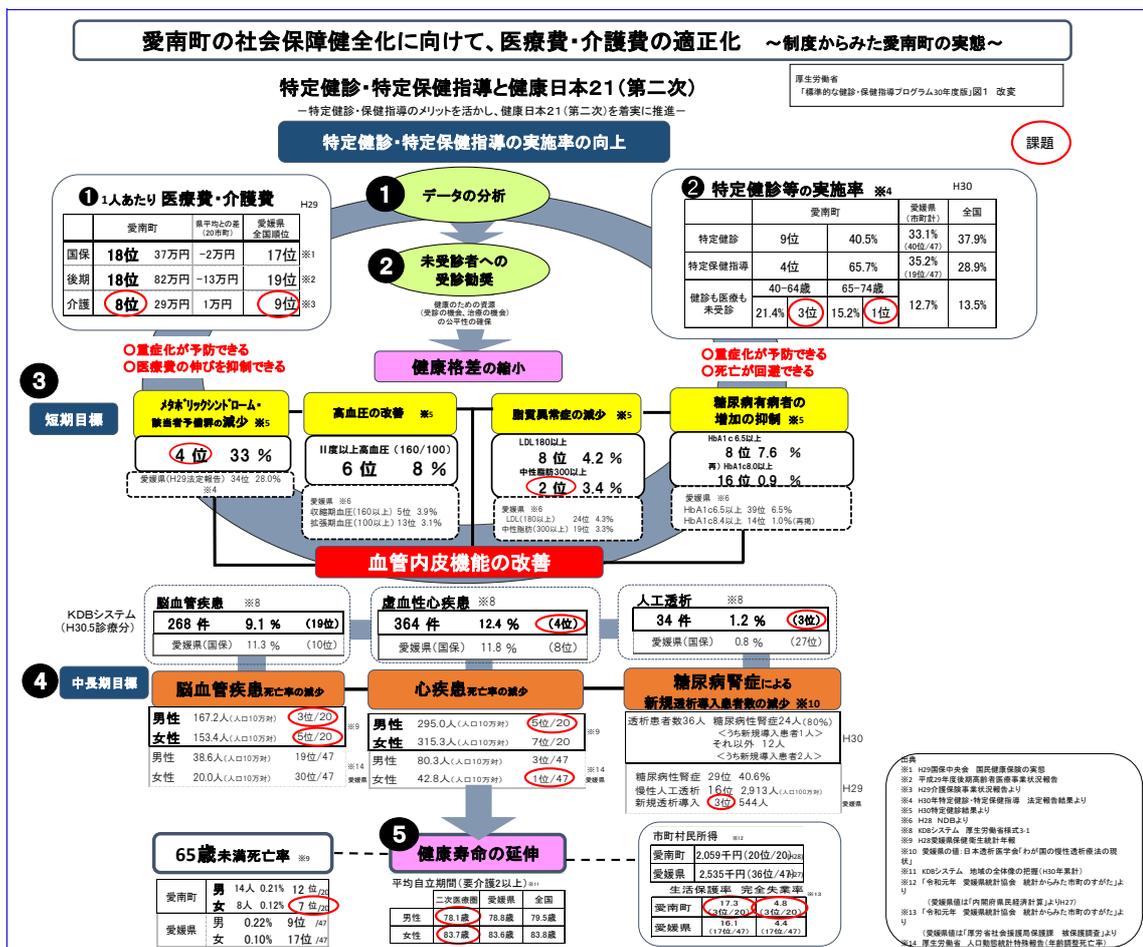
3. 愛南町の健康課題 (図1)

愛南町での医療や特定健診の状況では、一人あたり医療費は国保・後期ともに低い(県内18位)、介護費が高くなっており県内8位である。特定健診の受診率は平成30年度に40.5%に向上したが、その後も39%前後を推移し受診率の向上に伸び悩んでいる。健診も医療も未受診の健康状態が把握できていない者が多く、特に65~74歳は15.2%で県内1位である。

また、中長期目標に対しては脳血管疾患の死亡率が男女ともに高く、心疾患の死亡率は男性で高い。人工透析の治療者の割合が県内3位と高く、透析患者数の中で8割が糖尿病治療中であった。65歳未満で死亡する割合は県内7位と女性が高い。

その背景にはメタボリックシンドローム(県内4位)や脂質異常症(中性脂肪は県内2位)が課題としてある。肥満等を解消するために食事・運動等の生活習慣改善のための取組を行うとともに、治療の必要な者が早期に治療に繋がるよう医療機関への受診勧奨を行うことが必要である。また、医療機関に繋がった後も適切にコントロールできるよう医療機関との連携した取組が必要である。

(図1) 愛南町の健康課題



第2章 中間評価にあたって

1. 中間評価の方法

中間評価では目標値の進捗状況を中心に以下の手順で評価を行います。

- (1) データヘルス計画に掲げる中長期目標、短期目標等の進捗状況
……………「目標管理一覧」
- (2) 中長期目標、短期目標に対するストラクチャー、プロセス評価を記載
……………「評価様式」
- (3) 評価結果及び保険者努力支援制度の評価指標を踏まえ、目標項目の修正、目標値の見直しを検討
……………「目標管理一覧」の見直し
- (4) 個別事業のうち主要なもの(未受診者対策、特定保健指導、糖尿病等重症化予防など)の進捗状況の把握、課題の検討、見直し。情勢等を踏まえた新たな事業等の検討
……………「個別の保健事業計画」

2. 中間評価の総括

1) 評価指標の「改善」または「変わらない」になった項目

- ① 特定保健指導実施率
H28年度 34.6%から R1年度 68.8%に増加
- ② 特定保健指導対象者
H28年度 16.1%から R1年度 15.0%に減少
- ③ 虚血性心疾患の総医療費に占める割合
H28年度 2.27%から R1年度 1.82%に減少
- ④ 糖尿病性腎症による透析導入者の割合
H28年度 8人から R1年度 3人に減少
- ⑤ 糖尿病の未治療者を治療に結びつける割合
H28年度 14.8%から R1年度 53.6%に増加

2) 評価指標の「悪化」になった項目

- ① 特定健診受診率
H28年度 39.1%から R1年度 38.7%に減少
- ② 脳血管疾患の総医療費に占める割合
H28年度 1.94%から R1年度 2.24%に増加
- ③ メタボリックシンドローム・予備群の割合
H28年度 30.1%から R1年度 31.6%に増加

- ④健診受診者の高血圧者の割合（160/100 mm Hg 以上）
H28 年度 6.0%から R1 年度 8.6%に増加
- ⑤健診受診者の脂質異常者の割合（LDL140 mg/dl 以上）
H28 年度 25.8%から R1 年度 29.0%に増加
- ⑥健診受診者の糖尿病者の割合（HbA1c6.5%以上）
H28 年度 8.0%から R1 年度 9.9%に増加

第3章 中間評価の結果

1. 中長期目標、短期目標(アウトカム、アウトプット)の進捗状況 「目標管理一覧」

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績		目標値					データの把握方法
				初期値 H28	中間評価 R1	中間目標 R2	R3	R4	最終目標 R5		
特定健診等計	・全国と比較して、男性・女性ともにメタボリックシンドローム該当者の割合が高く、健診有所見者のうち、BMI、腹囲、中性脂肪、HDL等の割合が高い。 ・入院件数は3.4%で外来件数と比べて割合は低いが、費用額全体の40.7%を占めている。	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	39.1%	38.7%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央金)	
			特定保健指導実施率60%以上	34.6%	68.8%	70.0%	75.0%	78.0%	80.0%		
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	特定保健指導対象者の減少率25%	特定保健指導対象者の減少率25%	16.1%	15.0%	前年比 20%減		H28比 25%	1.50%	KDBシステム	
			脳血管疾患の総医療費に占める割合減少	1.94%	2.24%						
データヘルス計画	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	2.27%	1.82%				1.00%	KDBシステム	
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	8人	3人				2人		
データヘルス計画	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	30.1%	31.6%	30.0%	28.0%	26.0%	25.0%	KDBシステム	
			健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.0%	8.6%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%		
データヘルス計画	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	25.8%	29.0%	28.0%	26.0%	25.0%	24.0%	KDBシステム	
			健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	8.0%	9.9%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%		
データヘルス計画	健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)	8.0%	9.9%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%	KDBシステム	
			糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合増加	14.8%	53.6%	60.0%	70.0%	80.0%	90.0%		
データヘルス計画	糖尿病の保健指導を実施した割合増加	糖尿病の保健指導を実施した割合増加	糖尿病の保健指導を実施した割合増加	—	75.7%	80.0%	90.0%	100.0%	100.0%	KDBシステム	
			がん検診受診率 胃がん検診 50%	14.6%	18.1%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%		
データヘルス計画	がん検診受診率 肺がん検診 50%	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 胃がん検診 50%	14.6%	18.1%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%	地域保健事業報告(430年度より対象数に変更)	
			がん検診受診率 肺がん検診 50%	34.6%	28.6%	30.0%	35.0%	40.0%	50.0%		
データヘルス計画	がん検診受診率 大腸がん検診 50%	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 大腸がん検診 50%	29.1%	24.1%	30.0%	35.0%	40.0%	50.0%	地域保健事業報告(430年度より対象数に変更)	
			がん検診受診率 子宮頸がん検診 50%	31.4%	25.6%	30.0%	35.0%	40.0%	50.0%		
データヘルス計画	がん検診受診率 乳がん検診 50%	がんの早期発見、早期治療	がん検診受診率 乳がん検診 50%	37.5%	37.2%	39.0%	42.0%	45.0%	50.0%	地域保健事業報告(430年度より対象数に変更)	
			後発医薬品の使用により、医療費の削減	76.5%	83.1%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%		
保険者努力支援制度	・数量ベースH28年度76.5%	後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	76.5%	83.1%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%	厚生労働省	

特定健診受診率は39%前後を推移しており、目標の60%を目指すためにさらなる取組が必要である。医療費の抑制では、総医療費に占める虚血性心疾患の割合は減少していたが、脳血管疾患の割合は増加していた。健診受診者のうち、高血圧、脂質異常者、糖尿病者の割合は全て増加していたが、受診者の高齢化も影響していると考えられる。がん検診受診率については、平成30年度より対象数に変更したこともあり、胃がん検診は増加したが、他のがん検診の受診率は減少している。

特定保健指導実施率は目標の60%に到達したため、最終目標値を80%に変更する。

2. ストラクチャー、プロセス評価 「全体評価表」

令和2年度実績を踏まえた令和3年度取組と課題 全体評価

課題・目標	評価				⑤残っている課題																																																								
	①プロセス (やってきた実績の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)																																																									
目標	全体																																																												
特定健診受診率 60%以上 特定保健指導実施率 60%以上 【中長期的目標】 脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の医療費の伸びを抑制する 【短期的目標】 高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームの健診所見者を減らす 【未受診者対策の課題】 ・H30年度から特性に応じた受診勧奨通知を委託により毎年実施。H30年度は受診率が減少し、R2年度は新型コロナウイルス感染症の影響もあり受診率は減少している。	・町民課保健医療係と保健福祉課健康増進係が現状や課題を共有しながら取組を実施。	【一人あたりの医療費】 H28 25,983円 R1 28,506円	・国保連合会等の研修会への参加	・町民課保健係との連携(情報・課題の共有と検討) ・保健師・栄養士の指導技術の向上(研修会への参加)																																																									
特定健診・特定保健指導	【特定健診】 ・特定健診未受診者に対して、健診機関と協働で対象者の特性に応じた受診勧奨通知を実施。 ・2月にごん検診申込書に併せて、特定健診の申込みを実施。申込みの通知を確保。 ・広報、回覧、ケーブルテレビ等を活用して健診の周知を実施。 ・国保新規加入者への窓口での案内 【特定保健指導】 ・健診結果報告書を活用し、初回面接を実施。報告書に書かない場合は、診断書等でも実施。 ・個別支援又は集団支援で保健指導を実施。	【特定健診実施率(%)】 <table border="1"> <tr><th>H20</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>38</td><td>39.1</td><td>37.7</td><td>40.5</td><td>38.7</td></tr> </table> 【特定保健指導実施率(%)】 <table border="1"> <tr><th>H20</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>20.3</td><td>34.6</td><td>75.5</td><td>65.7</td><td>68.8</td></tr> </table> 【健診結果報告書利用率(%)】 <table border="1"> <tr><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>52.6</td><td>61.7</td><td>60.1</td></tr> </table>	H20	H28	H29	H30	R1	38	39.1	37.7	40.5	38.7	H20	H28	H29	H30	R1	20.3	34.6	75.5	65.7	68.8	H29	H30	R1	52.6	61.7	60.1	【メタボリックシンドローム該当者の割合】 <table border="1"> <tr><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>男</td><td>29.1</td><td>31.3</td><td>32.2</td><td>33.5</td><td>31.5</td></tr> <tr><td>女</td><td>11.1</td><td>11.4</td><td>11.8</td><td>12.5</td><td>12.1</td></tr> </table> 【特定保健指導対象者の割合(%)】 <table border="1"> <tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>19.1</td><td>16.1</td><td>16</td><td>14.8</td><td>15</td></tr> </table>	H27	H28	H29	H30	R1	男	29.1	31.3	32.2	33.5	31.5	女	11.1	11.4	11.8	12.5	12.1	H28	H29	H30	R1	19.1	16.1	16	14.8	15	・新型コロナウイルス感染症対策を徹底して特定健診・指導を実施。 ・受診しやすい体制づくり ・がん検診同時実施 ・日曜総合健診 ・30歳対象の健診	・特定健診の受診勧奨の取組を継続して実施することで、継続受診者を増やし受診率向上を図る。 ・若い世代が受診しやすい体制を整備(Web予約システムの導入)。 ・個別健診の周知を強化し、医療機関への協力を得ることで個別健診の受診者を増やす。 ・受診勧奨事業の効果検証をもとに、効果的な勧奨方法を検討。				
H20	H28	H29	H30	R1																																																									
38	39.1	37.7	40.5	38.7																																																									
H20	H28	H29	H30	R1																																																									
20.3	34.6	75.5	65.7	68.8																																																									
H29	H30	R1																																																											
52.6	61.7	60.1																																																											
H27	H28	H29	H30	R1																																																									
男	29.1	31.3	32.2	33.5	31.5																																																								
女	11.1	11.4	11.8	12.5	12.1																																																								
H28	H29	H30	R1																																																										
19.1	16.1	16	14.8	15																																																									
重症化予防対策の課題	重症化予防対策																																																												
・医療機関から指導依頼のあった者に対して継続した指導が実施できる体制を整備。 ・重症化予防対象者台帳の統一した活用方法について検討が必要。 ・保健師・栄養士の指導技術の向上	【健診結果事後指導率(%)】 <table border="1"> <tr><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>64.6</td><td>71.8</td><td>67.8</td></tr> </table> 【未治療者の医療機関受診率(%)】 <table border="1"> <tr><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>糖尿病 72.2</td><td>69.2</td></tr> <tr><td>高血圧 50.9</td><td>60.9</td></tr> </table>	H29	H30	R1	64.6	71.8	67.8	H30	R1	糖尿病 72.2	69.2	高血圧 50.9	60.9	【高血圧所見者の割合】 (収縮期血圧130mmHg以上) <table border="1"> <tr><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>男</td><td>45.9</td><td>54.5</td><td>54.1</td><td>55.1</td><td>52.3</td></tr> <tr><td>女</td><td>38.1</td><td>47.7</td><td>50</td><td>49.2</td><td>49.4</td></tr> </table> 【糖尿病有病者の割合】 (治療中又はHbA1c6.5%以上) <table border="1"> <tr><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>10.4</td><td>11.0</td><td>11.1</td><td>10.9</td><td>11.2</td></tr> </table> 【糖尿病コントロール不良者の割合】 (HbA1c8.4%以上) <table border="1"> <tr><th>H27</th><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>0.7</td><td>0.84</td><td>0.71</td><td>0.68</td><td>0.83</td></tr> </table> 【新規診断導入人数】 (糖尿病有病者数) <table border="1"> <tr><th>H28</th><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>140</td><td>130</td><td>110</td><td>111</td></tr> </table>	H27	H28	H29	H30	R1	男	45.9	54.5	54.1	55.1	52.3	女	38.1	47.7	50	49.2	49.4	H27	H28	H29	H30	R1	10.4	11.0	11.1	10.9	11.2	H27	H28	H29	H30	R1	0.7	0.84	0.71	0.68	0.83	H28	H29	H30	R1	140	130	110	111	・重症化予防対象者を定期的にシステムから抽出し台帳を整備。 ・遠隔予防について、保健師・栄養士研修会で情報を共有し、学習会を実施。 ・保健指導ツールを活用しやすい体制を整備。	・保健指導実施後の評価体制の整備。 ・KDBシステム(レセプト)等や効果的な指導媒体を活用した保健指導の実施。 ・未治療者に対して受診勧奨を強化し確実に医療機関に繋げられるよう保健師・栄養士の指導技術の向上が必要。 ・治療中断者、治療でコントロール不良者への対応。
H29	H30	R1																																																											
64.6	71.8	67.8																																																											
H30	R1																																																												
糖尿病 72.2	69.2																																																												
高血圧 50.9	60.9																																																												
H27	H28	H29	H30	R1																																																									
男	45.9	54.5	54.1	55.1	52.3																																																								
女	38.1	47.7	50	49.2	49.4																																																								
H27	H28	H29	H30	R1																																																									
10.4	11.0	11.1	10.9	11.2																																																									
H27	H28	H29	H30	R1																																																									
0.7	0.84	0.71	0.68	0.83																																																									
H28	H29	H30	R1																																																										
140	130	110	111																																																										
医療との連携に関する課題	医療との連携																																																												
・医療機関に取組の取組を説明し理解してもらうことで、医療機関と連携した指導を実施。 ・糖尿病連携手帳の活用方法について検討が必要。 ・連携の内容に基づいた指導実施後の医療機関への報告の体制の検討。	【糖尿病連携手帳交付数】 <table border="1"> <tr><th>H29</th><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>38件</td><td>51件</td><td>18件</td></tr> </table>	H29	H30	R1	38件	51件	18件	【連絡票の回収率(%)】 <table border="1"> <tr><th>H30</th><th>R1</th></tr> <tr><td>糖尿病 45.5</td><td>60.9</td></tr> <tr><td>高血圧 26.2</td><td>27.3</td></tr> </table>	H30	R1	糖尿病 45.5	60.9	高血圧 26.2	27.3	・県立南宇和病院と都診研会との連携 ・県立南宇和病院遠隔予防チームとの連携(健康相談、講座)生活習慣病連携結果の活用 ・情報交換会の開催	・指導実施後の医療機関への報告について保健師・栄養士間で取組を検討。 ・糖尿病連携手帳を活用した医療機関との連携を目指すため、配布時の記入方法やその後の活用方法について検討が必要。 ・医療機関と健康課題や現状を共有し、連携した重症化予防の取組を実施。																																													
H29	H30	R1																																																											
38件	51件	18件																																																											
H30	R1																																																												
糖尿病 45.5	60.9																																																												
高血圧 26.2	27.3																																																												

特定健診では、継続して受診勧奨事業を実施することで受診者を増やし受診率向上を図っていくとともに、効果検証をもとに効果的な勧奨方法を検討していく。また、若い世代の受診率向上のため、Web予約システムを導入し受診しやすい体制を整備する。

重症化予防対策として、未治療者に対して受診勧奨を強化し確実に医療機関に繋がられるよう、KDBシステム等や効果的な指導媒体を活用した保健指導を実施していく。

医療機関との連携を強化するために、糖尿病連携手帳を活用した取組を充実させるとともに、医療機関と健康課題や現状を共有しながら重症化予防の取組を実施する。

3. 主な個別事業の評価と課題

(1) 未受診者対策

特定健診の未受診者対策として、平成 30 年度から対象者の特性に応じた受診勧奨通知を郵送し受診勧奨を実施している。それにより平成 30 年度は受診率が 40.5%に向上したが、翌年の令和元年度は受診率は減少している。受診勧奨事業を継続して実施することで継続受診者を増加させるとともに、効果検証の結果を参考に効果的な勧奨方法を検討していく必要がある。特定健診と併せて、がん検診を実施することによりがん検診の受診率向上も図っていく。

(2) 重症化予防の取組み(糖尿病・高血圧)

重症化予防の取組として、HbA1c7.0%以上とⅡ度以上高血圧の医療機関未受診者に対しては愛南町生活習慣病連絡票を交付し、医療機関への受診勧奨を実施した。令和元年度の糖尿病の受診勧奨実施率は 97.2%であった。受診勧奨の方法としては、約 9 割が来所・家庭訪問で直接面接して勧奨を実施し、その結果、糖尿病では 69.2%、高血圧では 60.9%が医療機関の受診に繋がっている。H b A1c8.0%以上の者のうち 0.5%が医療機関を受診していないため、確実に医療機関に繋がられるよう受診勧奨を強化していく。

歯周疾患の早期発見・早期治療に繋げるために、令和 2 年度より歯周疾患検診の実施方法を集団健診から歯科医院での個別健診に変更し、歯科医院と連携した取組を行っている。

(3) ポピュレーションアプローチ

働き盛り世代の健康づくりを支援するため、事業所を対象に健康づくり教室を実施した。また、職域や関係機関・団体を対象とした健康づくり地域推進会議を開催し、関係機関が連携した健康づくりを実践する体制を整えている。

家庭や地域で健康づくりを支援するために、健康推進員や食生活改善推進協議会等の健康づくり地区組織リーダーを育成している。

今後も、職域や関係機関・団体と連携、協働して健康づくりを進めていく。

第4章 特定健診・特定保健指導の中間評価と課題

1. 目標値に対する進捗状況

特定健診の受診率は平成 30 年度に 40.5%で向上したが、その後も 39%前後を推移しており大幅な受診率向上には繋がっていない。

特定保健指導は平成 29 年度には 75.5%で向上し、その後も目標とする 60%に到達したため最終目標を 80%に変更した。

2. 特定健診の実施

特定健診の未受診者に対して、対象者の特性に応じた受診勧奨通知を郵送し受診勧奨を実施した。2月に特定健診の受診申込書を各世帯に郵送し健診申込みを実施。健診日程等は、広報、回覧、防災無線、ケーブルテレビ、生活カレンダー（新聞折込広告）等で周知している。新規の受診者や、継続受診者を増やすために、継続した取組を実施していく。

3. 特定保健指導の実施

特定保健指導の取組として、特定健診後に実施している健診結果報告会を活用し初回面接を実施した。報告会で実施できなかった場合は、訪問・来所等で初回面接を行い、その後は継続した保健指導を実施している。

今後も生活習慣病予防のために、対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導を実施していく。

第5章 中間評価、新たな課題を踏まえた目標値の見直し

1. 令和3年度の保険者努力支援制度評価指標における検討

令和3年度の保険者努力支援制度評価指標において、追加・見直しのあった項目のうち以下3項目において、目標に追加する。

(1) 共通指標③「重症化予防の取組実施状況」

「特定健診受診者のうち HbA1c8.0%以上の未治療者の割合」を追加

(2)共通指標② (1)がん検診受診率

がん検診受診率は5つのがん(胃、肺、大腸、子宮頸、乳がん)の平均値で評価

(3)共通指標② (2)歯科健診受診率

歯科健診受診率を追加

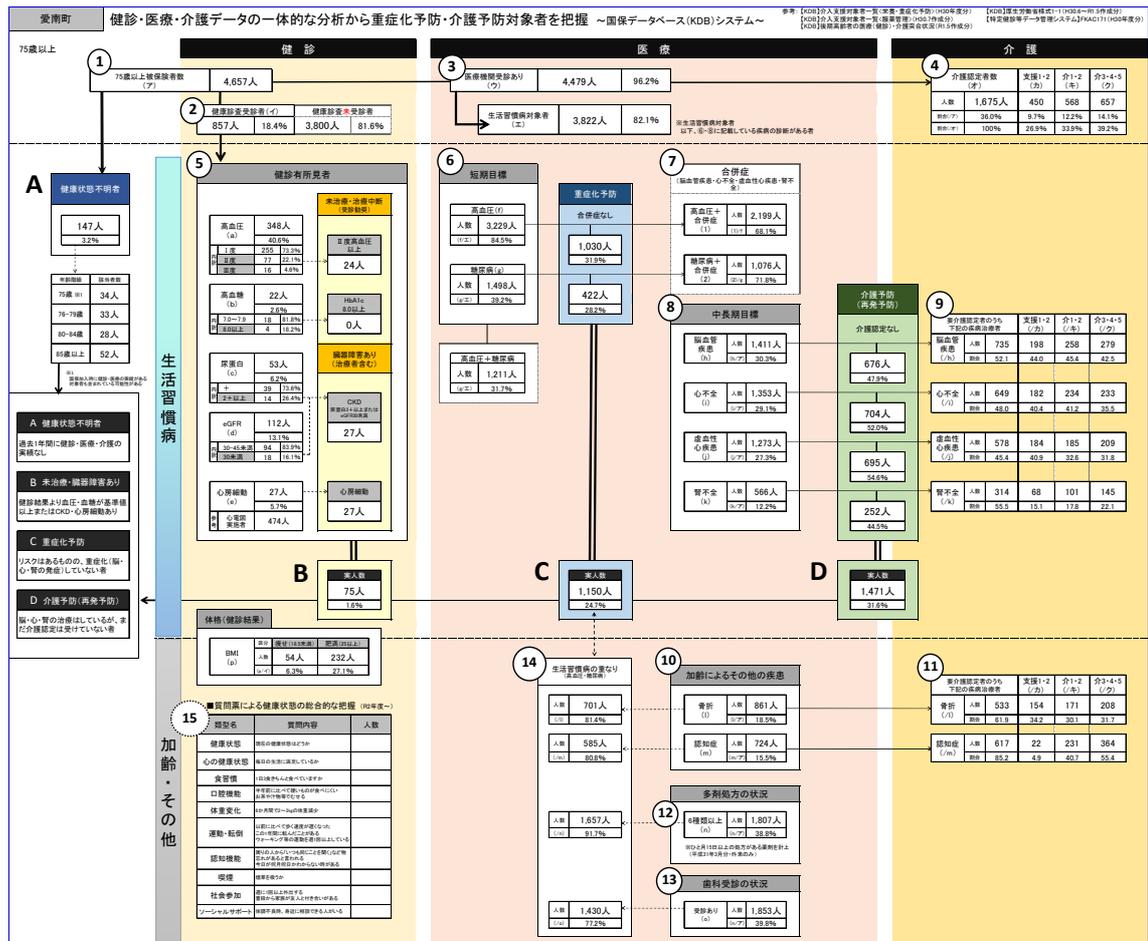
データヘルス計画の目標管理一覧表(見直し)

関連計画	中長期目標	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績					データの把握方法			
				初期値 H28	中間評価 R元	R2	R3	R4		最終目標 R5		
データヘルス計画	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合減少	1.94%	2.24%				1.50%	KDBシステム		
			虚血性心疾患の総医療費に占める割合減少	2.27%	1.82%				1.00%			
			糖尿病性腎症による透析導入者の割合の減少	8人	3人				2人			
		特定健診等	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備群の割合減少25%	30.1%	31.6%	30.0%	28.0%	26.0%	25.0%	KDBシステム
					健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	6.0%	8.8%	7.5%	7.0%	6.5%	6.0%	
					健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL140以上)	25.8%	29.0%	28.0%	26.0%	25.0%	24.0%	
	健診受診者の糖尿病者の割合減少(HbA1c6.5以上)				8.0%	9.9%	9.0%	8.0%	7.5%	7.0%		
	健診受診者のHbA1c8以上の未治療者の割合減少				0.5%	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%	0.2%		
	糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合増加				14.8%	53.6%	60.0%	70.0%	80.0%	90.0%		
	努力支援制度	短期目標	特定健診受診率、特定保健指導の実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	特定健診受診率60%以上	39.1%	38.7%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%	特定健診・特定保健指導結果(国保中央会)	
				特定保健指導実施率60%以上	34.6%	68.8%	70.0%	75.0%	78.0%	80.0%		
	努力支援制度	アウトカム指標	がんの早期発見、早期治療	特定保健指導対象者の減少率25%	16.1%	15.0%	前年比 20%減		H20比 25%		地域保健事業報告	
がん検診受診率 胃がん検診 50%				14.6%	18.1%	20.0%	30.0%	40.0%	50.0%			
肺がん検診 50%				34.6%	28.8%	30.0%	35.0%	40.0%	50.0%			
大腸がん検診 50%				29.1%	24.1%	30.0%	35.0%	40.0%	50.0%			
子宮頸がん検診 50%				31.4%	25.6%	30.0%	35.0%	40.0%	50.0%			
乳がん検診 50%				37.5%	37.2%	39.0%	42.0%	45.0%	50.0%			
5つのがん検診の平均受診率				29.4%	26.7%	35.0%	40.0%	45.0%	50.0%			
歯科健診(歯周疾患健診)	歯科健診(歯周疾患健診含む)の受診率 増加	—	0.47%	10.0%	30.0%	40.0%	50%	厚生労働省				
後発医薬品の使用により、医療費の削減	後発医薬品の使用割合80%以上	76.5%	83.1%	84.0%	86.0%	88.0%	90.0%					

2. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について
(健診、医療、介護データの一体的な分析)

高齢者の特性を踏まえた事業展開については、「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が令和2年度から施行となり、各市町の国保・介護・後期担当をはじめ、庁内関係部局が一体となった実施が求められている。このことから、愛南町では令和3年度からの実施に向け、KDBシステムを活用したデータ分析を行い、以下について実施する。

- ①「健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握(以下、E表)」によるデータ分析



愛南町の特徴・課題を把握するため、国保連合会が作成した E 表一覧 (県内市町) において県、他市町と比較し、見えてきた課題を町民課 (後期高齢者医療)、保健福祉課及び地域包括支援センターと共有し、対応策を検討している。

②ハイリスクアプローチの実施

E 表から以下の対象者を抽出する

B・・・健診受診者のうち、重症化予防対象者

75歳以上の対象者にも継続して重症化予防対策を実施していけるよう、健診受診者で HbA1c7.0%以上と II 度以上高血圧の医療機関未受診者に対しては愛南町生活習慣病連絡票を交付し医療機関への受診勧奨を行い、医療機関と連携した指導を実施していく。また、フレイル予防の取組として低栄養の対象者に対しても医療機関と連携した指導を行っていく。

③ポピュレーションアプローチについて

E表から以下の対象者を抽出する

D・・・介護予防対象者

骨折により医療を受ける者の割合が高いことから、要介護状態にならないためにも骨折予防の取組を行うとともに、健康相談やサロン等の高齢者が集まる場を活用してフレイル予防の健康教室や保健指導を実施していく。

3. 個別保健事業計画の見直し

「糖尿病等重症化予防事業」

今回の評価により以下について見直しを行う。

- ・医療機関との連携

保健師・栄養士は、医療機関から返信された愛南町生活習慣病連絡票の指示内容に基づき指導した後は、指導内容を記入した報告書を医療機関に提出する。